

Skrb o rani u ordinaciji obiteljske medicine

DRINA PODOBNIK

Specijalistička ordinacija obiteljske medicine, Sveti Ivan Žabno, Hrvatska

Kronična rana je veliko opterećenje za bolesnika, obitelj i zdravstveni sustav. Tim liječnika obiteljske medicine cjelovito skrbi o bolesnicima i može kompetentno liječiti bolesnika s kroničnom ranom. Dobrom edukacijom, organizacijom rada uz određene obvezne promjene u propisivanju ortopedskih pomagala (kompleti za kompresiju) može se na primarnoj razini potpuno zbrinuti bolesnik s kroničnom ranom, omogućiti kvalitetniju i učinkovitiju komunikaciju sa sekundarnom zdravstvenom zaštitom (centar za rane ?!), kao i konzultacije telemedicinom.

KLJUČNE RIJEČI: kronična rana, tim obiteljske medicine

ADRESA ZA DOPISIVANJE: Drina Podobnik, dr. med.
Specijalistička ordinacija obiteljske medicine
Križevačka 2
48 214 Sveti Ivan Žabno, Hrvatska
E-pošta: drina.podobnik@kc.t-com.hr

UVOD

Kronična rana je veliki teret za bolesnika, obitelj i zdravstveni sustav. Najčešće kronične rane o kojima brine obiteljski liječnik su na nogama kao posljedica venske i arterijske cirkulacije, dijabetičko stopalo i dekubitusi. Rjeđe, ali se kronične rane mogu naći i u sklopu malignih bolesti – bazocelularni karcinomi, melanomi... Često su kronične rane povezane s nizom drugih bolesti koje značajno umanjuju kvalitetu života bolesnika. Pristup kroničnoj rani mora biti multidisciplinarnan, jer kronična rana nije samo rana nego iza nje stoji čitavi niz čimbenika koji je održavaju ili omogućavaju recidiv. Može li obiteljski liječnik sa svojim timom značajno utjecati na smanjenje toga tereta cjelovitim pristupom bolesniku i obitelji s jedne strane uz dobru i trajnu edukaciju s druge strane? Ima li obiteljski liječnik sve mogućnosti da to kvalitetno organizira? Ako da, zašto se to ne događa? Može li suvremeni pristup ranama dovesti do zacjeljivanja rana koje su stare 10-20 godina?

TIM LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE

U centru brige liječnika obiteljske medicine je bolesnik s kroničnom ranom. Uz njega se nalaze članovi obitelji koji su također opterećeni kako psihosocijalno tako

i ekonomski. Uz medicinsku sestru/tehničara u timu važan suradnik obiteljskog liječnika je medicinska sestra iz kućne njege. Iz doma zdravlja dolazi patronažna sestra koja posjećuje bolesnika s kroničnom ranom i ispunjava izvješće. Izvješće sadrži socijalni status osigurane osobe i vrednovanje provedene zdravstvene njege u kući (ZNJK), početak ZNJK, potreba za ZNJK, ponovno utvrđivanje potrebe za ZNJK, opisuje tip rane, lokaciju, veličinu, starost, kratki opis rane). Dio bolesnika s kroničnom ranom nije u svojoj obitelji nego je smješten u domove za starije i nemoćne osobe ili u udomiteljske obitelji. Tu je važna edukacija udomitelja i medicinskih sestara u domovima. Kod takvih bolesnika suradnici tima su i socijalni radnici koji se brinu za smještaj bolesnika. Važna je suradnja s magistrima farmacije u ljekarnama. Druga razina s kojom surađuje obiteljski liječnik su specijalisti u bolnici, najčešće kirurzi, dermatolozi, infektolozi... Komunikacija s bolničkom službom je preko otpusnog pisma liječnika i sestrinskog otpusnog pisma koje sadrži detaljnije podatke o njezi kronične rane i bolesnika, povijest bolesti nakon pregleda specijalista. Suradnici liječnika obiteljske medicine su predstavnici farmaceutskih kuća za suvremene obloge i kompresivnu terapiju od kojih je moguće dobiti detaljnu pomoć i edukaciju oko

primjene obloga i kompresivne terapije. S obzirom da se na tržištu nalazi veliki broj ortopedskih pomagala važno ih je dobro poznavati i pravilno primjenjivati. Za uspješnu brigu o bolesniku s kroničnom ranom važna je dobra i trajna edukacija najužeg tima obiteljskog liječnika i dobra suradnja s ostalim suradnicima.

ŠTO SE MOŽE UČINITI U ORDINACIJI OBITELJSKOG LIJEČNIKA?

Obiteljski liječnik vodi cjelovitu brigu o bolesniku i obitelji. On poznaje psihosocijalnu i duhovnu situaciju, druge bolesti i čimbenike rizika, nutritivni status, prati bolesnika godinama. To mu omogućava da uz dobru anamnezu, klinički pregled, uz dodatnu dijagnostiku utvrdi o kakvoj se kroničnoj rani radi, koju lokalnu terapiju započeti, je li potrebna kompresivna terapija i postoje li za nju kontraindikacije, gdje će se rana previjati (u kući ili ordinaciji), treba li konzultaciju specijalista ili ne. Od potrebne dijagnostike u obiteljskoj medicini može se napraviti laboratorijska obrada kojom možemo dijagnosticirati i pratiti liječenje pratećih bolesti (dijabetes, bolesti bubrega, jetre...). EKG, ABPI - gležanjski indeks važan za provođenje kompresivne terapiji. Treba napraviti ultrazvuk obojenim doplerom venske i/ili arterijske cirkulacije, ali na sekundarnoj razini. Ako se odlučujemo za kompresiju zavojem koji bolesnik skida i stavlja sam, za što se dobije preporuka i u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti, nije potrebno upućivanje na specijalistički pregled. Problem nastaje ako se odlučimo za kompresiju kod *ulcus cruris venosum* koja se nosi kontinuirano do 7 dana, tzv. komplet za terapiju kompresijom, tada se mora uputiti u ustanovu sekundarne zdravstvene zaštite radi doznaka za navedeni komplet. Pitanje je zašto obiteljski liječnik ne može uz adekvatnu obradu propisati komplet bez čega nema adekvatnog liječenja. Taj je komplet u zapadnim zemljama obvezujući standard rada. Liječenje ulkusa redovito se prati medicinskom fotodokumentacijom što vodi sestra iz kućne njege. Tako je liječnik stalno u tijeku liječenja, po potrebi odlazi u kuću radi korekcije terapije ili to kod pokretnog bolesnika napravi u ordinaciji.

ŠTO BI TREBALO PROMIJENITI ILI POBOLJŠATI?

Uloga patronažne sestre s obzirom na visoku stručnu spremu trebala bi biti znatno veća u edukaciji bolesnika povezano sa samom kroničnom ranom, pratećim olestima, čimbenicima rizika, prevencijom recidiva kronične rane i edukacijom članova obitelji, udomitelja. Trebala bi raditi u timu liječnika obiteljske

medicine ili bi ta suradnja morala biti puno kvalitetnija s ciljem da se zajednički utvrde prioriteta kod svakog pacijenta s kroničnom ranom i da se tako rješavaju i dogovorno mijenjaju. U protivnom samo izvješće patronažne sestre nema svrhe za obiteljskog liječnika koji dobro poznaje i prati bolesnika kroz navedenu dokumentaciju sa sestrom iz kućne njege.

Suradnja sa specijalističkom službom trebala bi biti kvalitetnija, jer sadašnja suradnja unatoč napretku u liječenju kronične rane ne rješava problem kronične rane. Pitanje je opravdanosti propisivanja sistema za kompresiju samo na razini sekundarne zdravstvene zaštite ako znamo da je primjena kompresivne terapije standard rada obvezujući u zapadnim zemljama (1). Ako obiteljski liječnik može propisati skupe obloge čija primjena bez sistema za kompresiju (ako je indicirana) isključivo rješava posljedicu, a ne uzrok rane i skupog liječenja zbog čega ne može i sistem za kompresiju? Potrebna je bolja komunikacija i želja da se ona pokrene. Ona bi mogla biti bolja kada bi na sekundarnoj razini skrb o kroničnoj rani vodio jedan tim s kojim bi bila moguća konzultacija kada nastupe problemi u liječenju na primarnoj razini. Veliki napredak bi bio kada bi postojao centar za kronične rane s kojim bi bila moguća komunikacija telemedicinom (2). Problemi postoje kod liječenja dijabetičkog stopala, posebno u vezi s nabavom adekvatne ortopedске obučne bez koje je uspješno liječenje prilično zahtjevno.

Na kraju zdravstvenom osoblju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti/obiteljskoj medicini treba omogućiti dobru i trajnu edukaciju na razini županije koji to znanje i vještine trebaju prenositi u praksu.

PRIKAZ BOLESNIKA

T. Đ., 40-godišnja žena ima ove dijagnoze: *Diabetes mellitus* tip II; *Hypertensio arterialis*; *Hypothyreosis*; *Adipositas*; BMI 48; *Vitiligo*; *Sy postromboticum cruris l dex*; *Varices cruris utq*; *Ulcera cruris bill*. (MRSA poz. u više navrata tijekom 2012. i 2013.g.); *St post erysipelas cruris l sin* (više puta recidiv od 2012.g.).

Bolesnica ima ulkuse 10 godina. Od 2008. g. liječena i kontrolirana kod dermatologa i vaskularnog kirurga. God. 2008. učinjen CD vena: VSM lijevo je šira, insuficijencija safenofemoralnog ušća lijevo I./II. stupnja. VSP je desno šira, tek početna insuficijencija safenopoplitealnog ušća desno. Desna potkoljenica: varikozno proširene vene s posttrombotskim promjenama uz brojne defekte na koži – *ulcus cruris*. Šire i insuficijentne vene Cockettove skupine. Lijeva potkoljenica: varikoziteti sa širim i insuf. perf. Cockettove skupine.

Na koži hipostatske promjene. Ultrazvuk vena 2011. godine: Ekstrafacijski edem mekih tkiva potkoljenica kao odraz limfne insuficijencije.

Liječena lokalno oblozima Granuflex i gelom, uz razne kreme i masti, uz preporuku nošenja elastičnog zavoja, uzimanje Fursemida, Andola 100, Detralexa, analgetika.

S obzirom da ulkusi nisu cijelili nego se dapače umnožavali i povećavali uz neugodan vonj (mlađa žena!) 30. 9. 2010. godine obiteljski liječnik uvodi liječenje blogama Kaltostat i Granugel, potom Aquacel Ag koji se najdulje koristi uz elastični zavoj (dugog vlaka, pacijentica ga je stavljala sama). Nakon terapije je došlo do znatnog poboljšanja, neki su manji ulkusi zacijelili, na lijevoj potkoljenici ulkus je bio plići i manji. Tijekom 5. mjeseca 2011. g. dolazi do pogoršanja lokalnog statusa, razvija se erizipel, koji se još tri puta ponovio tijekom 2011. g. unatoč preventivnom davanju penicilina. Ponovio se i 2013. g. Od tada je lokalni nalaz u pogoršanju, uz obilan zelenkasti sekret, neugodnog vonja, jakim bolovima zbog kojih bolesnica nije mogla spavati unatoč uzimanju velikih doza analgetika. Tijekom 2012. g. izoliran je MRSA zbog čega je provedena terapija prema protokolu u više navrata bezuspješno uz konzultaciju vaskularnog kirurga i infektologa (ukupno 7 puta). S obzirom na daljnje pogoršanje ulkusa i zbog komorbiditeta uvedeno je u 9. mjesecu 2013. previjanje u kućnoj njezi 3 x tjedno. Dne 28. 10. 2013. g. uz lokalnu terapiju suvremenim oblogama umjesto dosadašnjeg elastičnog zavoja dugog vlaka odlukom obiteljskog liječnika uvedena je stalna kompresija koju postavlja medicinska sestra kod previjanja tri puta tjedno, a bolesnica ih ne skida.

ŠTO SE DOGODILO?

Za 3 mjeseca: bolesnica nema više jakih bolova koji su bili intenzivno jaki po noći, zbog čega je dnevno trošila do 5 tbl Naklofena od 100 mg (većim dijelom sama kupovala). Sada troši 1 tbl Naklofena od 100 mg i to pp.

- nema edema potkoljenice
- nema jake sekrecije
- nema zelenog sekreta
- nema neugodnog vonja
- manji ulkusi na desnoj potkoljenici su epitelizirali
- veliki ulkus na lijevoj potkoljenici je čišći, plići i smanjuje se
- bolesnica je zadovoljnija, psihički smirenija, bez jakih bolova
- smanjila se potrošnja obloga za 50 %.

Za 7 mjeseci: bolesnica bolove nema, niti uzima lijekove za bolove zbog ulkusa

- ulkus znatno manji još samo na lijevoj potkoljenici
- potrošnja obloga hidrofiber sa srebrom (Aquacel Ag 20x30cm) sa 12 komada smanjio se na 1,5 kom. mjesечно
- bolesnica je zadovoljna, psihosocijalni status se znatno poboljšao

TROŠKOVI LIJEČENJA

U tablici su prikazani troškovi liječenja prije uvođenja trajne kompresivne terapije i 7 mjeseci poslije.

Troškovi	Cijena	Prije	7 mj. poslije
Oblozi (Aquacel Ag 20x30)	242,00 kn/kom	12 kom = 2.904,00 kn	1,5 kom = 363,00 kn
Sterilna gaza 1x1 m	5,60 kn/m	42 m = 235,20 kn	21 m = 117,60 kn
Mikropore 2,5 cm	11,13 kn/kom	10 kom = 111,30 kn	5 kom = 55,65 kn
Kućna njega 6	40,00 kn	13 x mj = 520,00 kn	13 x mj = 520,00 kn
Naklofen R	16,80 kn/kutija	4 kutije = 67,20 kn	0 = 0
Ukupno (mjesečni troškovi liječenja)		3 837,70 kn	1 056,25 kn

Troškovi (kreme, fiziološka otopina...) koje je snosila bolesnica, nisu uračunati.

Liječenje vodi obiteljski liječnik uz sestru iz kućne njege, pregled specijalista kirurga je bio potreban samo zbog propisivanja kompleta za kompresiju. Tim obiteljskog liječnika provodi stalnu edukaciju i za sada se snalazi oko konzultacija. Cilj je potpuno cijeljenje ulkusa, trajna kompresivna terapija radi prevencije ulkusa, rad na liječenju drugih bolesti (dijabetes, debljina), prevencija recidiva, rad na psihičkoj i duhovnoj dimenziji (rastavljena, majka troje djece, nije odrasla s roditeljima) kako bi se bolesnicu motiviralo na promjenu stila života.

Sl. 1 do 3 prikazuju promjene na rani jedne potkoljenice od 2012. do 28. 6. 2014. godine.



Sl. 1. Previjanje modernim oblogama uz korištenje elastičnog zavoja dugog vlaka, bolesnica je sama stavljala zavoj (16. 04. 2012. g.)



Sl. 3. Previjanje tri puta tjedno preko kućne njege, modernim oblogama uz trajnu kompresivnu terapiju (28. 06.2 014. g.)



Sl. 2. Rana nakon što je bolesnica preboljela erizipel više puta i MRSA. Previjanje modernim oblogama, u kućnoj njezi 3 x tjedno, kompresivna terapija zavojima dugog vlaka. Tada je uvedena trajna kompresivna terapija (31. 10. 2013. g.)

ZAKLJUČAK

Liječnik obiteljske medicine zajedno sa suradnicima može adekvatno skrbiti o kroničnoj rani. Potrebna je dobra i trajna edukacija uz adekvatno praćenje bolesnika i pravodobna reakcija na nastale probleme. Konzultacije sa sekundarnom zdravstvenom zaštitom treba poboljšati i promijeniti. Predlaže se osnivanje centra za kronične rane i konzultacije telemedicinom ili osnivanje tima za kronične rane na razini bolnice. Patronažna sestra mora imati veću ulogu u edukaciji bolesnika i obitelji u vrijeme liječenja kao i kod prevencije recidiva kronične rane, mora biti puno više uključena u rad tima. Potrebne su promjene u propisivanju ortopedskih pomagala za rane (kompleta za kompresiju). Propisima treba isto omogućiti obiteljskom liječniku, jer to treba biti obvezujući standard liječenja kronične rane.

LITERATURA

1. Lipozenčić J, Marinović Kulišić S. Kronična venska insuficijencija – kompresivna terapija. Zagreb: Medicinska naklada, 2012, 69.
2. Sinožić T, Kovačević J, Baždarić K. Mišljenje i stavovi bolesnika u ordinaciji liječnika O.M. o kroničnim ranama i pomagalima za kompresivnu terapiju. U: Zbornik radova XIII kongresa HDOD-HLZ, Rovinj: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, 2013, 247-56.

SUMMARY

WOUND CARE AT FAMILY MEDICINE OFFICE

D. PODOBNIK

Family Medicine Practice, Sveti Ivan Žabno, Croatia

Chronic wound is a big load for the patient, family and health care system. A team of family medicine doctors can provide care for chronic wound patient that will eventually lead to complete healing. With good education and proper work organization with defined mandatory changes in prescribing orthopedic tools (sets for compression), chronic wound patients can be completely managed at the primary care level. Such an approach would be possible through better and more efficient communication with secondary health care (wound centers), as well as telemedicine consultations.

KEY WORDS: chronic wound, team of family medicine doctors